

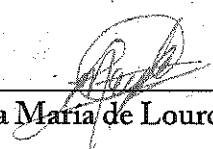
Unidad Administrativa que clasifica: Delegación Federal de la Secretaría de Medio Ambiente y Recursos Naturales (SEMARNAT) en el Estado de Nuevo León.

Identificación del documento: Certificados Fitosanitarios de Importación.

Partes o secciones clasificadas: Página 1.

Fundamento legal y razones: Se clasifican datos personales de personas físicas identificadas o identificables, con fundamento en el artículo 113, fracción I, de la Ley Federal de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LFTAIP) y artículo 116 de la Ley General de Transparencia y Acceso a la Información Pública (LGTAIP), consistentes en: domicilio particular como dato de contacto o para recibir notificaciones y que es diferente al lugar en dónde se realiza la actividad, teléfono y/o correo electrónico de particulares, nombre y firma de terceros autorizados para recibir notificaciones.

Firma del titular:

  
MDL. Mayela María de Lourdes Quiroga Tamez.

Fecha de clasificación y número de acta de sesión: Resolución 02/2017, en la sesión celebrada en fecha 27 de enero de 2017, emitida por el Comité de Información de la SEMARNAT.



SECRETARÍA DE MEDIO AMBIENTE  
Y RECURSOS NATURALES

SUBSECRETARÍA DE GESTIÓN PARA LA PROTECCIÓN AMBIENTAL  
DELEGACIÓN FEDERAL EN EL ESTADO DE NUEVO LEÓN

CERTIFICADO FITOSANITARIO DE IMPORTACIÓN

ANT. No. 19/A7-0018/01/16

FOLIO No.

19/2016-00003

VALIDO HASTA:

10 DE JULIO DE 2016

Con fundamento en lo dispuesto en los Artículos 1°, 2°, 7°, 19, 23, 24 y 28° de la Ley Federal de Sanidad Vegetal, 16 fracción XXVI y 120 párrafo 1° y 2° de la Ley General de Desarrollo Forestal Sustentable, 133 y 134 del Reglamento de la Ley General de Desarrollo Forestal Sustentable, 40 fracción IX inciso D del Reglamento Interior de la Secretaría del Medio Ambiente y Recursos Naturales y el Manual de procedimientos para la Expedición del Certificado Fitosanitario de Importación, se expide el presente Certificado para los productos forestales descritos a continuación.

☒ Definitiva ☐ Temporal De los productos o subproductos forestales ☒ Maderables ☐ No Maderables

Nombre o Razon Social: **ULINE SHIPPING SUPPLIES S. DE R.L. DE C.V.**

Reg. Fed. de Caus.: **USS000718PA0**

Domicilio: **CARRETERA MIGUEL ALEMAN KM 21 NUM. 6, COL. PROLOGIS PARK**

C.P.: **66627**

Teléfono:

Localidad: **APODACA**

Estado: **NUEVO LEÓN**

Descripción del producto a importar: **TARIMAS DE MADERA  
USADAS Pino, Pinus sp.**

Cantidad: **1,000 (MIL)**

Fracción arancelaria: **4415.20.99**

Unidad de medida: **Piezas**

Aduana de entrada: **NUEVO LAREDO, TAMP.**

Destino dentro del país: **NUEVO LEÓN**

País de origen: **CANADÁ, ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA,  
MÉXICO**

País de procedencia: **ESTADOS UNIDOS DE AMÉRICA**

Aduana de salida (solo para importaciones temporales):

Destino fuera de México:

REQUISITOS FITOSANITARIOS:

INSPECCION OCULAR RIGUROSA EN LA ADUANA DE ENTRADA

TOMA DE MUESTRAS (SOLO EN CASO DE DETECTAR LA PRESENCIA DE PLAGAS Y ENFERMEDADES)

TRATAMIENTO EN PROCEDENCIA

EL PRODUCTO DEBE VENIR LIBRE DE PLAGAS Y ENFERMEDADES. EL IMPORTADOR DEBERÁ PRESENTAR DOCUMENTACIÓN QUE CERTIFIQUE QUE EL PRODUCTO FUE TRATADO CONTRA PLAGAS Y ENFERMEDADES EN EL PAÍS DE PROCEDENCIA. EN CASO DE DETECTAR PLAGAS Y ENFERMEDADES, DEBERÁ TOMARSE UNA MUESTRA Y ENVIARSE AL LABORATORIO DE ANÁLISIS Y REFERENCIA EN SANIDAD FORESTAL DE LA DIRECCIÓN GENERAL DE GESTIÓN FORESTAL Y DE SUELOS PARA SU DIAGNÓSTICO Y DICTAMEN TÉCNICO CORRESPONDIENTE. EL ENVÍO DE MUESTRA DEBERÁ REALIZARSE EN UN PERÍODO NO MAYOR DE 24 HORAS DESPUÉS DE SU DETECCIÓN PARA EVITAR LA DISPERSIÓN DE PLAGAS.

AUTORIZACIÓN

FIRMA:

NOMBRE: **MDL MAYELA MARÍA DE LOURDES QUIROGA TAMEZ**

PUESTO: **LA DELEGACIÓN FEDERAL**

En la jefatura de Verificación Sanitaria Forestal en \_\_\_\_\_ y teniendo a la vista los productos arriba descritos. Se constata que se encuentran libres de plagas y enfermedades y han cumplido con los requisitos fitosanitarios aquí descritos. Se supervisó la adecuada aplicación de tratamiento profiláctico consignado como requisito para su importación.

| Producto aplicado               | Dosis | Tiempo de exposición                               | Concesionario o empresa |
|---------------------------------|-------|----------------------------------------------------|-------------------------|
|                                 |       |                                                    |                         |
| NOMBRE Y FIRMA DEL VERIFICADOR: |       | FECHA DE EXPEDICIÓN:<br><b>12 DE ENERO DE 2016</b> |                         |

ESTE DOCUMENTO NO TENDRÁ VALIDEZ SIN LA FIRMA Y SELLO DEL PERSONAL DE VERIFICACIÓN SANITARIA DE LA PROFEPA

ORIGINAL PARA EL INTERESADO  
COPIA No. 1 DGGFS  
COPIA No. 2 DELEGACIÓN  
COPIA No. 3 PROFEPA